Bulletin d'actualité 88-6F

LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA

Abdou Saouab
Joan Vance
Division des affaires politiques et sociales

Le 8 avril 1988
Révisé le 12 mars 1992

Bibliothèque du Parlement
Library of Parliament

Service de recherche

Le Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, il assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1992
En vente au Canada chez
votre libraire local
ou par la poste auprès du
Groupe Communication Canada -- Édition
Ottawa, Canada K1A OS9

N° de catalogue YM32-1/88-6-1992-03F
ISBN 0-660-93891-X

N.B. Dans ce document, tout changement d'importance fait depuis la dernière publication est indiqué en **caractère gras.**

THIS DOCUMENT IS ALSO PUBLISHED IN ENGLISH

93-00939/

CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LA POLITIQUE EN MATIÈRE DE SANTÉ AU CANADA

DÉFINITION DU SUJET

Ce qui se rapporte à la santé des Canadiens relève à la fois du gouvernement fédéral et des provinces. La politique en matière de santé comporte deux volets: d'une part, les soins de santé et, d'autre part, la promotion de la santé. L'amélioration de l'état de santé des Canadiens observée par le passé a surtout été attribuée à des mesures de soins de santé. Certaines tendances démographiques nous permettent cependant de croire que des initiatives de promotion de la santé pourraient aider les Canadiens à améliorer encore leur santé.

CONTEXTE ET ANALYSE

A. La responsabilité du gouvernement dans le domaine de la santé

À l'époque de la Confédération, le gouvernement s'occupait très peu de la santé de la population. Chacun comptait sur ses propres ressources et celles de sa famille; les hôpitaux étaient administrés et financés par des oeuvres de charité privées et des organismes religieux. Dans la *Loi constitutionnelle de 1867*, les seules mentions explicites de questions relatives à la santé accordent au gouvernement fédéral la compétence en ce qui concerne les hôpitaux de marine et la quarantaine et font relever des provinces les hôpitaux, les asiles et les institutions et hospices de charité. Comme toutes les questions de caractère local ou privé étaient confiées aux provinces, lorsque les gouvernements se sont engagés de plus en plus dans le domaine de la santé, on a considéré que les services de santé relevaient surtout des gouvernements provinciaux. La contribution du gouvernement fédéral dans ce domaine a résulté en grande partie des pouvoirs de dépenser que la Constitution lui confère.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Le ministère fédéral auquel les questions relatives à la santé incombent au premier chef est Santé et Bien-être social Canada, dont l'objectif est de préserver et d'améliorer la santé des Canadiens de concert avec d'autres organismes fédéraux, les gouvernements provinciaux et les municipalités. Comme le prévoit la loi (soins de santé), le gouvernement fédéral contribue financièrement aux régimes provinciaux d'assurance-maladie qui offrent les soins hospitaliers, les soins diagnostiques, les soins médicaux et les soins de longue durée. Cela l'amène à s'assurer que les régimes provinciaux respectent les critères de base dont ses paiementsdépendent. Le gouvernement fédéral s'occupe aussi d'un large éventail d'activités conçues pour protéger la santé des Canadiens, notamment assurer la sûreté et la valeur nutritive des aliments, assurer l'innocuité et l'efficacité des médicaments et des appareils médicaux, ainsi que surveiller et contrôler les facteurs de risque pour la santé présents dans l'environnement, tels que la fumée, les produits chimiques dangereux, la radioactivité et les maladies (médecine préventive). Par l'entremise du Centre fédéral sur le SIDA, le gouvernement fédéral effectue aussi des recherches en vue de trouver des moyens de prévenir et de contrôler l'infection par le VIH.

Sous le rapport de la promotion de la santé, le gouvernement fédéral, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et les organismes non gouvernementaux, met au point et applique des programmes de sensibilisation et d'information sur la santé dans des domaines comme l'alimentation, l'alcoolisme et les toxicomanies, le tabagisme, les soins aux enfants ainsi que l'hygiène familiale et personnelle.

Il a une responsabilité toute spéciale à l'égard de la santé des autochtones, de la population du Yukon, des immigrants et de ses fonctionnaires, qu'ils travaillent au Canada ou à l'étranger. De plus, le gouvernement fédéral rembourse 50 p. 100 du coût de différents services sanitaires et sociaux aux personnes nécessiteuses, aux termes du Régime d'assistance publique du Canada. Il appuie aussi la recherche scientifique et les activités connexes et assure la formation et le perfectionnement des chercheurs du domaine de la santé. Enfin, il fait la promotion de la bonne condition physique et encourage les Canadiens à faire de l'exercice dans le

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

cadre du Programme de la condition physique et du sport amateur de Santé et Bien-être social Canada.

La structure officielle créée pour faciliter la coopération fédérale-provinciale dans le domaine de la santé consiste en deux conférences périodiques: la Conférence des ministres de la Santé et la Conférence des sous-ministres de la Santé. D'autres organismes s'occupent également d'aspects particuliers de la santé, notamment les comités consultatifs fédéraux-provinciaux en matière de services en établissement et de services médicaux, de santé communautaire, de ressources humaines du secteur de la santé, de santé mentale, d'affaires internationales relatives à la santé, ainsi que d'hygiène du milieu et de santé au travail.

B. Le système de soins de santé

Le Canada assure une protection médicale universelle à sa population grâce à des programmes d'assurance-maladie financés conjointement par le gouvernement fédéral et par les autorités provinciales et territoriales. Ces autorités déterminent leurs propres programmes d'assurance-maladie, conformément aux normes nationales qui sont entérinées dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Pour être pleinement admissibles aux contributions fédérales en espèces, les régimes provinciaux doivent satisfaire aux critères minimums suivants: 1) la protection universelle de la population; 2) l'intégralité de la protection; 3) l'accessibilité raisonnable aux services; 4) la transférabilité de la protection; et 5) l'administration du régime par un organisme public à but non lucratif. Ces critères visent à assurer aux Canadiens un accès universel à des soins médico-hospitaliers d'après un régime contributif.

La *Loi canadienne sur la santé* ne précise pas les services qui sont prévus dans un programme "intégral", et les provinces et territoires peuvent inclure (et ils le font) des services additionnels qui ne sont pas exigés en vertu des normes nationales.

Les régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux doivent assurer le coût des services hospitaliers, des services de médecins et de certains actes de chirurgie dentaire qui sont médicalement nécessaires. Les provinces ne sont pas de tenues de défrayer les résidents

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

du coût de verres correcteurs, des médicaments prescrits en externe, des soins dentaires généraux et de l'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée. La plupart des provinces prévoient toutefois la gratuité des médicaments prescrits en externe aux personnes âgées et aux bénéficiaires de l'aide sociale.

Même si la couverture des soins à long terme n'est pas obligatoire en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, le gouvernement fédéral verse aux provinces et aux territoires une contribution égale au prorata de la population pour les aider à payer le coût des soins en centre d'acceuil, des soins à domicile et des soins ambulatoires.

Même si elles ne peuvent imposer de frais modérateurs ou recourir à la surfacturation sans risquer de perdre l'aide financière du gouvernement fédéral, les provinces ont toute la latitude voulue pour décider du financement de leur part des coûts de santé. Elles peuvent imposer des primes d'assurance et des taxes de vente, utiliser les recettes générales ou recourir à une combinaison de solutions. Même si les régimes d'assurance-maladie prennent à eux seuls la part du lion des budgets des provinces, il existe des écarts considérables quant aux ressources que chaque administration consacre aux soins de santé, ainsi qu'un rythme de croissance des coûts de santé.

C. Le financement du système de soins de santé au Canada

Outre le pouvoir de légiférer dans certains domaines, la *Loi constitutionnelle de 1867* confère au gouvernement fédéral celui de dépenser comme il l'entend des sommes provenant du trésor à condition que les lois autorisant ces dépenses n'empiètent pas sur les champs de compétence provinciale. Grâce à ce pouvoir, le gouvernement fédéral peut faire des paiements aux provinces et aux particuliers dans le domaine de la santé, notamment pour le financement de programmes d'aussurance-maladie et d'assurance-hospitalisation, de programems de subventions et de ressources en matière de santé et de subventions à la condition physique et au sport amateur. Il peut aussi assurer des services de consultation et d'information et réaliser des programmes de recherche.

L'établissement du régime national d'assurance-maladie s'est d'abord fait au moyen de deux lois: la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

et les services diagnostiques de 1957, puis la *Loi sur les soins médicaux* de 1966. Ces deux lois prévoyaient que la contribution financière fédérale représenterait la moitié des coûts des régimes provinciaux. Cet arrangement a causé des problèmes aux gouvernements des deux niveaux. Le gouvernement fédéral trouvait que cette formule n'était pas assez limitative, tandis que les provinces se plaignaient de son manque de souplesse sous le rapport de l'affectation des ressources. La *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis*, adoptée en 1977, a mis en place un nouveau mécanisme de financement global.

Avec la formule de "financement global", le gouvernement fédéral verse aux provinces un montant déterminé qui est calculé en fonction de leurs populations respectives. Ce montant est censé augmenter proportionnellement à l'accroissement de la population et à l'augmentation du produit national brut (PNB). Une partie de la contribution fédérale aux provinces est versée en espèces, une autre en points d'impôt. En instituant le financement global, le gouvernement fédéral a réduit l'impôt sur le revenu des particuliers d'un peu plus de 9 p. 100, et les provinces ont augmenté leurs taxes d'un montant équivalent, de sorte que les contribuables n'ont pas senti la différence. Combinée avec les transferts existants de taxes fédérales, cette formule donne aux provinces 13,5 p. 100 de points d'impôt sur le revenu des particuliers et 1 p. 100 de points d'impôt sur les sociétés. Le reste de la contribution fédérale en vertu de la formule de financement global est versé en espèces.

Dans les arrangements sur le financement des programmes établis, les paiements fédéraux sont calculés indépendamment des dépenses provinciales; les provinces doivent dépenser la contribution fédérale dans le domaine de la santé, mais ne sont pas tenues d'engager des dépenses correspondantes. À la fin de 1978 et en 1979, après qu'eut pris fin le programme de contrôle des prix et des salaires, on a observé une forte augmentation du nombre de médecins pratiquant la surfacturation ainsi qu'un accroissement du militantisme au sein du personnel infirmier et des autres groupes syndiqués des hôpitaux; de plus, après l'adoption des mécanismes de financement des programmes établis, les provinces ont été accusées d'utiliser les contributions fédérales au titre de la santé afin de

RECYCLED · RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

financer des programmes dans d'autres domaines. Le gouvernement fédéral a créé une commission d'enquête (Examen des services de santé 79) chargée d'étudier ces questions. Dans son rapport, cette commission a conclu que les provinces ne détournaient pas les contributions fédérales au titre de la santé pour les utiliser à d'autres fins, mais que la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs détruiraient sans doute le programme en créant, par une tendance rétrograde, un système double incompatible avec le type de société que les Canadiens se sont donné. La commission a aussi recommandé l'arbitrage exécutoire afin de résoudre le problème de la négociation des honoraires entre gouvernement et médecins. Les gouvernements et les corps médicaux du Manitoba, de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan et de l'Alberta ont adopté le principe de l'arbitrage exécutoire au milieu des années 1980. Le gouvernement du Manitoba a annulé cette mesure en 1988, cependant, après que les médecins eurent obtenu des sentences arbitrales qui lui semblaient trop généreuses. L'arbitrage exécutoire a été remis en vigueur au Manitoba en août 1990, après une grève de 47 heures des médecins.

En 1980, un groupe de travail de la Chambre des communes a été formé afin d'étudier les relations financières entre le gouvernement fédéral et les provinces, y compris l'incidence du financement des programmes établis, et d'examiner si une proportion suffisante des ressources nationales servait à répondre aux besoins essentiels en matière de soins de santé. Dans son rapport intitulé *Le fédéralisme fiscal au Canada*, ce groupe de travail en est venu à la conclusion que les fonds que le gouvernement fédéral consacrait aux services de santé étaient dans l'ensemble suffisants, mais que les crédits pouvaient être augmentés dans certains secteurs précis comme celui de la médecine préventive. Il a repris les recommandations de l'Examen des services de santé concernant la surfacturation et les frais modérateurs et il est même allé un peu plus loin en recommandant l'imposition de pénalités financières aux provinces qui toléraient ces pratiques. L'Examen des services de santé et le groupe de travail de la Chambre des communes ont ainsi ouvert la voie à la *Loi canadienne sur la santé*.

En 1984, les deux lois antérieures sur l'assurance-santé ont été refondues pour former la *Loi canadienne sur la santé*, qui

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

maintenait les conditions d'admissibilité à l'aide financière fédérale et prévoyait des pénalités financières à l'égard des provinces autorisant la surfacturation et les frais modérateurs pour les services hospitaliers; il s'agissait là de pratiques qui, du point de vue fédéral, étaient contraires aux critères de base ouvrant droit à l'appui financier fédéral. Le gouvernement fédéral avait exposé sa position dans un livre blanc intitulé *Pour une assurance-santé universelle*, publié en 1983, dont les propositions avaient été chaudement et largement débattues par les gouvernements et les groupes visés. La *Loi canadienne sur la santé* a été proclamée le 17 avril 1984 et ses sanctions automatiques sont entrées en vigueur le 1er juillet de la même année. Ainsi, des sommes équivalant aux montants reçus par les provinces au titre de la surfacturation et de l'imposition de frais modérateurs étaient retenues sur les subventions fédérales au titre de la santé en vertu des dispositions de financement des programmes établis. Les provinces qui mettraient fin à ces pratiques dans les trois années suivantes se voyaient offrir la possibilité de recouvrer les subventions perdues, ce qu'elles ont fait en 1987. À l'échéance du 1er avril 1987, après des conflits assez sérieux avec le gouvernement fédéral à ce sujet, toutes les provinces s'étaient pliées aux exigences de la *Loi canadienne sur la santé*.

À plusieurs reprises depuis 1977, le gouvernement fédéral a freiné l'augmentation de la subvention globale. En 1986, cette augmentation a été ramenée du taux de croissance du PNB à celui-ci moins 2 p. 100. Au début de 1991, la *Loi sur la compression des dépenses du gouvernement* (C-69) a gelé les transferts fédéraux pour deux ans (1990-1991 et 1991-1992), ce gel devant être suivi par un taux réduit aux taux du PNB moins 3 p. 100. Le budget fédéral de février 1991 a prolongé le gel des paiements du régime du FPE jusqu'à la fin de 1994-1995. Étant donné que les montants acquis au moyen des points d'impôt continuent d'augmenter, toutes les réductions dans la croissance de la subvention globale doivent être prises à même les transferts fédéraux en espèces. Il s'ensuit que cette partie de la subvention globale diminue progressivement, ce qui amène certains observateurs à dire que le gouvernement fédéral ne pourra pas appliquer les normes énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*. Le gouvernement fédéral pourrait ainsi perdre le levier qui lui permet de

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

retenir les transferts en espèces aux provinces lorsque celles-ci autorisent des frais modérateurs ou la surfacturation. Dans le même ordre d'idées, on soutient que les pressions financières exercées sur les provinces en vue de restreindre les services seront très fortes.

D. Les problèmes auxquels doit faire face le système de soins de santé

En 1985, le coût global des services de santé au Canada, y compris les dépenses du secteur privé et de tous les paliers de l'administration publique, était de 18 fois supérieur à celui de 1960. Les services de santé requièrent aujourd'hui une portion importante des budgets des gouvernements provinciaux, qui atteint à peu près un quart au Nouveau-Brunswick et un tiers en Colombie-Britannique et en Ontario. Soulignons, par exemple, que le budget alloué aux soins médicaux au Québec a augmenté de 19 p. 100 entre 1988-1989 et 1990-1991, tandis que celui de l'Ontario s'est accru de 24 p. 100 entre 1989-1990 et 1991-1992. Les dépenses dans le domaine de la santé représentent 34,6 p. 100 du budget total de l'Ontario, 24,4 p. 100 de celui du Québec, 33,2 p. 100 de celui de l'Alberta et 23,3 p. 100 de celui de Terre-Neuve. Les médecins et les hôpitaux accaparent jusqu'à 85 p. 100 de ces crédits, et les gouvernements font instamment appel à leur aide en vue de limiter les coûts des soins de santé. Les médecins, que l'on estime être la plaque tournante du système médical canadien, sont tenus responsables d'une grande partie des problèmes financiers que connaît ce dernier. En Ontario, où ils n'accaparent qu'entre 20 et 25 p. 100 des coûts de soins médicaux, les médecins déterminent les autres coûts du système en augmentant par exemple le nombre de services qu'ils offrent à leurs clients même si ces services ne sont pas toujours nécessaires. Les personnes de plus de 65 ans ont très souvent recours au régime de soins de santé. On s'inquiète de ce que la population vieillissante, qui devrait doubler durant les 50 prochaines années, sera trop lourde pour le régime et augmentera encore les coûts des soins de santé. Cependant, la majorité des personnes âgées ne sont pas malades; en fait, c'est un petit groupe de "vieillards chenus", de plus de 85 ans, qui utilise le plus les soins de santé. La plupart des recherches effectuées dans ce domaine suggèrent que c'est l'utilisation fréquente et souvent peu appropriée des soins de santé par les personens âgées, et non le nombre de

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

celles-ci, qui est le problème à résoudre. À cet égard, le Canada peut s'inspirer de l'expérience des pays européens, dont le pourcentage de personnes âgées est, depuis vingt ans, celui que le Canada devrait avoir d'ici 2031. Parallèlement, les gouvernements cherchent à promouvoir les mesures de santé autres que les soins actifs et réorientent leurs efforts en consacrant des fonds aux services de soins à domicile, aux cliniques communautaires et aux programmes de lutte contre les causes de la maladie et de l'invalidité, notamment l'alcoolisme, le tabagisme et la pollution. Les organisations communautaires demandent avec instance aux gouvernements de prendre des mesures pour réduire la pauvreté, qu'elles qualifient de symptôme avant-coureur important de la mauvaise santé et de l'invalidité. Les résultats des recherches indiquent que l'écart entre l'espérance de vie des riches et des pauvres se réduit, mais qu'il demeure important. Parallèlement, alors que la mortalité infantile a été réduite de près de la moitié depuis 1971, le taux reste presque deux fois plus élevé chez les pauvres que chez les riches.

Le système des soins de santé s'est toujours appuyé sur un modèle médical de la santé et, par conséquent, a toujours privilégié le traitement et la prévention des maladies et visé à éviter la mort prématurée. Depuis la Confédération, on a énormément réduit les ravages causés par la mauvaise santé. Les premiers progrès sont venus avec l'amélioration des conditions socio-économiques et les mesures de santé publique liées à l'évolution de la médecine. Par exemple, l'adoption en 1920 de la *Loi des aliments et drogues* a assuré la bonne qualité des aliments et des médicaments. D'autres textes de loi, dont la *Loi sur l'inspection des viandes*, la *Loi sur l'inspection du poisson* et la *Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation*, ont contribué dans une mesure importante à préserver et à améliorer la valeur nutritive des aliments. Ces lois montrent bien que notre politique en matière de santé exige très souvent la coopération de plusieurs autres ministères, notamment ceux de l'Agriculture, des Pêches et des Océans ainsi que de la Consommation et des Corporations. Elles ont entraîné une baisse des taux de morbidité et de mortalité et, après le milieu de notre siècle, un changement marqué dans l'incidence des maladies. Ainsi, beaucoup de maladies infectieuses jusque-là répandues, comme la variole et la diphtérie, ont été pratiquement éliminées. Graduellement, on s'est mis à

RECYCLED/RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

envisager l'établissement d'un régime national d'assurance-maladie qui faciliterait à la population en général l'accès à de meilleurs services de santé.

Les *Propositions du Livre vert* sur la reconstruction de l'après-guerre, publiées en 1945, suggéraient entre autres l'établissement d'un régime national d'assurance-santé qui engloberait les soins hospitaliers et les soins médicaux. Ces suggestions n'ont pas été retenues à l'époque, mais l'idée d'un régime national d'assurance-santé n'en est pas moins devenue un sujet d'intérêt et de débat publics. La Saskatchewan a créé son régime d'assurance-hospitalisation en 1947, bien avant d'avoir droit à l'aide financière du gouvernement fédéral à ce chapitre, et, en 1955, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* a entraîné la création d'un régime national d'assurance-hospitalisation. En 1964, la Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) écrivait dans son rapport que "les découvertes des sciences de la santé" n'étaient toujours pas à la portée de tous les Canadiens et que l'établissement du régime universel de services de santé qu'elle recommandait constituait "l'utilisation la plus efficace des ressources de santé de la nation pour atteindre les plus hauts niveaux de bien-être physique et mental". En 1966, la *Loi sur les soins médicaux* prévoyait la mise sur pied d'un régime public d'assurance-santé. La *Loi canadienne sur la santé* de 1984 résulte de la refonte des deux lois précédentes et elle a rendu l'aide financière fédérale conditionnelle à l'abolition de la surfacturation et des frais modérateurs pour les services hospitaliers.

Depuis l'avènement de l'assurance-maladie, le paiement à l'acte et les pouvoirs décisionnels discrétionnaires des médecins sont de plus en plus remis en cause. Avec l'élimination de la surfacturation, les médecins ont cédé aux provinces le pouvoir de déterminer le prix de leurs services. La controverse continue d'entourer la question des frais administratifs, la définition des services assurés et les augmentations générales du barème des tarifs. Selon certaines recherches, les contraintes imposées aux médecins pour ce qui est de leurs honoraires pourraient les inciter à augmenter le nombre de leurs consultations et à offrir plus de services. Ainsi par exemple, le gouvernement ontarien

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

estimait, dans son budget de 1988, que durant les années 80, le Plan de paiement de l'assurance-santé de l'Ontario a augmenté de 15 p. 100, soit 8 p. 100 en raison de l'augmentation des frais et 7 p. 100 à cause de la croissance de la demande (sous-entendue incitée) des services médicaux. Dans cette perspective, il faut exercer des contrôles sur l'utilisation des services. Une autre solution mise à l'essai par certains gouvernements provinciaux, particulièrement ceux du Québec et de l'Ontario, consiste à instaurer la médecine de groupe en établissant des cabinets et des cliniques recevant un budget proportionnel au nombre de patients ou un budget global (comme dans le cas des Health Maintenance Organizations aux États-Unis) en vertu de contrats avec le régime public d'assurance-maladie. L'Ontario est la première province à envisager un projet de loi pour délivrer des licences aux cliniques de santé indépendantes, pour les réglementer et pour les financer.

Certains spécialistes soutiennent toujours qu'en raison de l'augmentation des coûts des soins de santé, il se pourrait qu'on doive modifier la *Loi canadienne sur la santé* pour faire payer les patients qui reçoivent des services médicaux et hospitaliers "non essentiels"; on pourrait alors limiter la demande de ces services qui, selon eux, contribuent à la hausse des coûts. D'autres rejettent cette solution, craignant que la définition de ce qui est "non essentiel" soit trop vague et arbitraire et permette de déroger au principe de l'universalité d'accès aux soins de santé. Le gouvernement de l'Alberta a cherché à soustraire la ligature des trompes et la vasectomie à l'assurance-maladie; celui de la Colombie-Britannique a voulu en faire autant pour l'avortement, et celui du Nouveau-Brunswick a proposé de faire payer les cancéreux qui prennent des lits de malades externes dans les hôpitaux. Toutes ces démarches ont cependant dû être abandonnées devant l'indignation du public ou, comme dans le cas de la Colombie-Britannique, elles ont été rejetées par les tribunaux. Dernièrement, le gouvernement de cette province a restreint le financement destiné à la mammographie, qui permet de déceler le cancer du sein à ses débuts.

Le Québec a lui aussi décidé de restreindre ses dépenses en matière de santé. Celles-ci atteignent 12 milliards de dollars annuellement. Dans un rapport qui sera discuté en janvier 1992, le

RECYCLED-RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

gouvernement propose d'imposer des frais d'usagers et une taxe spéciale sur les services de santé pour les classes moyennes et supérieures.

Cette politique est le résultat direct des décisions d'Ottawa de réduire ses transferts budgétaires aux provinces. Alors que la contribution du gouvernement fédéral au système de soins de santé du Québec atteignait 45,7 p. 100 en 1977-1978, elle n'était plus que de 37,3 p. 100 en 1990-1991, et il est prévu qu'elle soit réduite à moins de 30 p. 100 en 1994-1995.

Le public québécois semble prendre conscience du coût élevé des soins de santé et se montre prêt à accepter sa part de responsabilité. En effet, selon un sondage SOM-Les Affaires réalisé auprès de 992 adultes québécois à la fin de janvier 1992, 80 p. 100 des répondants ont indiqué être d'accord pour verser la somme de 5 $ par visite chez un médecin et 59 p. 100 se sont dits prêts à payer le double de cette somme. Il faut cependant préciser que 57 p. 100 des personnes favorisant des frais de 10 $ par visite chez le médecin gagnent entre 35 000 et 45 000 $. La proportion de personnes prêtes à assumer de tels frais grimpe à 78 p. 100 chez ceux qui ont un revenu individuel de 55 000 $ et plus. Par contre, 80 p. 100 des répondants se sont déclarés contre toute coupure budgétaire dans les pensions de vieillesse et 74 p. 100 contre les coupures en matière de soins de santé.

Les infirmières et infirmiers et les autres travailleurs de la santé se sont aussi opposés à certaines mesures visant à réduire les coûts des soins de santé parce qu'ils les estiment contraires à leurs intérêts. Les grèves des infirmières et infirmiers de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan, de l'Alberta et du Québec sont symptomatiques de cette tendance.

Certains groupes de pression, dont l'Association canadienne des médecins, considèrent le système canadien de soins de santé comme une composante intrinsèque de l'identité canadienne. D'autres, comme les syndicats et les organisations communautaires ainsi qu'une grande partie des gens oeuvrant dans le domaine des soins de santé déclarent que la disparition de l'universalité des soins de santé entraînera la disparition d'autres aspects qui constituent le fondement du régime de bien-être social des Canadiens, surtout les plus démunis d'entre eux.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

La controverse suscitée par le financement de l'appareil des soins de santé dure toujours. Dans l'intervalle, les gouvernements provinciaux doivent continuer d'assurer les soins actifs que le public en est venu à attendre d'eux. La Colombie-Britannique aura été la première province à conclure une entente officielle aux termes de laquelle ses habitants nécessitant un pontage sont envoyés aux États-Unis pour la chirurgie de façon à réduire l'arriéré. Les médias laissent entendre que le Régime d'assurance-santé de l'Ontario a versé jusqu'à 30 millions de dollars aux centres de désintoxication des États-Unis en 1990. Les critiques craignent que les ententes de ce type n'augmentent les pressions exercées sur les ressources financières déjà insuffisantes du régime des soins de santé. On peut d'ailleurs s'attendre que les ressources soient de plus en plus grevées étant donné le vieillissement de la population, l'épidémie de SIDA et le rejet par la Cour suprême du Canada de la loi contre l'avortement. La situation des provinces est d'autant plus difficile que les progrès de la technologie médicale, un excédent imminent de médecins, les barèmes d'honoraires, les négociations salariales avec les professionnels et les travailleurs de la santé et l'absence de mesures d'incitation au rendement dans les hôpitaux font grimper les coûts. De nombreuses provinces, dont le Québec, l'Ontario, l'Alberta, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan, ont récemment entrepris des études exhaustives de leurs services de soins de santé, et les premiers ministres provinciaux ont annoncé en août 1988 qu'ils étudieront le financement futur des soins de santé au cours de trois symposiums nationaux qui seront organisés en 1989. En général, les gouvernements craignent que s'ils continuent d'assurer les services de santé selon le modèle traditionnel, la note à acquitter ne soit exorbitante.

En décembre 1989, le ministre de la Santé du Canada et ses homologues des provinces ont annoncé l'établissement d'un centre national chargé de coordonner l'évaluation des technologies nouvelles. Ce centre permettra les échanges d'informations sur les technologies récentes en matière de santé.

Beaucoup de professionnels de la santé soutiennent que le sous-financement des services de soins de santé fait peser une menace grave sur la santé des Canadiens. En juin 1990, dans son rapport intitulé

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

L'accessibilité des services hospitaliers - y a-t-il une crise?, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie concluait que le Canada fera sans doute face à une crise au sujet de l'accessibilité aux services de santé, à moins qu'il ne prenne sans délai les mesures qui s'imposent. Par contre, des analystes de la politique de santé, ainsi que le gouvernement fédéral, font valoir que si l'on consacrait davantage de fonds au système existant, cela n'améliorerait nécessairement pas l'état de santé actuel de la population. Ils affirment que c'est en insistant sur la promotion de la santé et la prévention que nous avons les meilleures chances d'améliorer la santé publique et de contrôler le coût des services. Le D' Robin Walker, vice-président du Conseil canadien de l'enfance et de la jeunesse, a déclaré devant le Comité permanent de la santé et du bien-être social, le 2 mai 1988, qu'on pourrait épargner des millions de dollars par année en réduisant d'aussi peu que de 1 p. 100 le taux des naissances prématurées. Celles-ci coûtent au Canada environ 100 000 $ par année chacune. Elles sont le plus fréquentes chez les jeunes mères qui ont de piètres conditions de santé et de vie. En fait, des mesures préventives et des programmes de promotion de la santé visant à modifier les habitudes et les conditions qui nuisent à la santé (par exemple, l'obésité, la mauvaise alimentation, l'inactivité et la consommation de drogue) amélioreraient l'état de santé de nombreux Canadiens et contribueraient, à long terme, à réduire la pression qui s'exerce sur le financement des soins de santé. Dans l'intervalle, de nombreux observateurs estiment qu'il est nécessaire d'envisager des moyens d'administrer les services de santé afin que les soins de bonne qualité deviennent plus accessibles et plus économiques.

Les effets éventuels de l'Accord de libre-échange Canada - États-Unis sur le régime canadien de soins de santé ont été l'objet de maintes conjectures et ont suscité beaucoup de controverse. Les experts en la matière s'entendent pour dire que le secteur privé jouera un plus grand rôle dans la gestion des établissements et des programmes de soins de santé par suite de l'Accord; toutefois, la question de savoir si cette tendance constitue une menace pour le régime d'assurance-maladie ne fait pas l'unanimité. Les partisans de la privatisation soutiennent que les gouvernements n'ont plus les moyens d'assumer les coûts de plus en plus

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHEQUE DU PARLEMENT

élevés des soins de santé et que, par souci d'efficience et d'efficacité et pour répondre aux besoins de la population, ils doivent encourager une plus grande participation du secteur privé dans ce domaine. Les États-Unis, où l'on trouve les sociétés les plus en vue et les plus importantes dans ce domaine, sont intéressés depuis longtemps à pénétrer le marché canadien. Selon les adversaires de la privatisation, les entreprises spécialisées dans les soins de santé, animées par la recherche du profit, saperont le régime de santé du Canada en écrémant les secteurs rentables. On se retrouvera donc avec un système à deux paliers: d'un côté, les personnes qui peuvent se le permettre auront accès à des soins de santé de qualité dans des établissements privés, et de l'autre, les personnes qui n'en ont pas les moyens devront se contenter de services de qualité inférieure. À cet égard, les critiques citent en exemple les États-Unis, où les nantis ont accès à des soins de santé de très haute qualité alors que 35 millions de personnes environ bénéficient d'aucune assurance-santé. En outre, aux États-Unis, les soins de santé comptent pour 10,6 p. 100 du PNB, comparativement à seulement 8,6 p. 100 au Canada.

E. La promotion de la santé

Depuis le début des années 70, les changements démographiques et les courbes d'incidence des maladies indiquent que si l'on espère améliorer l'état de santé des Canadiens, il faudra faire appel à la promotion de la santé. Des facteurs tels que le vieillissement de la population et l'incidence élevée de certains états et maladies invalidants liés au mode de vie, notamment les maladies cardio-vasculaires, le cancer, les accidents et les maladies mentales, ont amené les gouvernements à attacher plus d'importance à la réduction des risques de maladie, au dépistage rapide des problèmes de santé et à l'amélioration des stratégies axées sur la réadaptation et l'autonomie. En 1974, dans un document intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*, M. Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, énonçait les grandes lignes d'une planification dans ce domaine.

Bien que semblable aux mesures préventives associées à la notion "classique" de la santé publique, la promotion de la santé est une approche "holistique" qui tient compte de la population globale dans son

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

environnement physique et social. Elle touche des facteurs comme la pollution de l'environnement, la violence familiale, les accidents de la route, le stress et les risques courus en milieu de travail, qui débordent, à strictement parler, la portée de la politique en matière de santé. La promotion de la santé implique donc l'harmonisation de la politique en matière de santé avec d'autres politiques. Cette nouvelle approche de la santé publique est également holistique dans la mesure où elle s'applique à l'ensemble de la personne dans son environnement quotidien. Elle considère la santé comme un état que l'individu s'efforce de conserver et non seulement comme le résultat de la guérison, du traitement ou de la prévention de la maladie et des accidents. Dans le domaine de la santé proprement dit, la promotion de la santé suppose le partage des responsabilités et des ressources entre, d'une part, les gouvernements et les professionnels de la santé et, d'autre part, les individus qui prennent l'initiative de veiller eux-mêmes à leur santé, sans oublier les groupes communautaires et d'autres groupes de soutien que l'on ne comptait pas jusqu'ici parmi les intervenants en matière de santé. La promotion de la santé comprend des programmes de subventions à la recherche et un programme national sur le sida dans le cadre duquel on a attribué 12 bourses d'études de troisième cycle et 17 bourses de promotion de carrières scientifiques. On a aussi financé un programme de sensibilisation à la violence sexuelle contre les enfants et à la violence conjugale.

En 1977, le Canada a souscrit au programme de planification de la santé et à l'initiative politique de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la "Santé pour tous d'ici l'an 2000". Dans la foulée du rapport Lalonde, Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada ont effectué, en 1978-1979, une enquête sur la santé qui, contrairement aux précédentes, reposait sur l'approche de la promotion de la santé. Intitulée "Enquête Santé-Canada", elle a permis de recueillir des données non seulement sur la maladie et l'invalidité, mais aussi sur les facteurs démographiques connexes relatifs au mode de vie et aux usages en matière de médecine préventive. En 1985, l'Enquête nationale sur la promotion de la santé a mis à jour l'information recueillie au cours de l'enquête précédente et a fourni des renseignements complets permettant d'établir dans quelle mesure les individus sont conscients de leurs comportements et

RECYCLED-RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

quelle est leur attitude à l'égard de ces comportements. Une des principales conclusions de cette deuxième enquête a été que le fait de bien connaître les questions relatives à la santé et de croire en leur importance n'entraîne pas nécessairement une amélioration de la santé ni un changement dans les comportements. En d'autres mots, la sensibilisation du public ne constitue pas, à elle seule, une stratégie préventive efficace. Par contre, une étude plus récente (1989) montre que les campagnes de sensibilisation et d'évaluation des attitudes et des comportements socio-sanitaires des Canadiens ont encouragé plus de la moitié des jeunes à cesser de consommer de la drogue et de l'alcool. Les données de l'Étude nationale qui a été effectuée en 1989-1990 par Statistique Canada, à la demande du programme Services et promotion de la santé, montrent que les Canadiens sont plus conscients qu'avant de l'importance sociale des phénomènes d'alcool et de drogue. Par conséquent, ils prennent des mesures pour ne pas conduire en état d'ébriété.

En novembre 1986, lors de la Conférence internationale sur la promotion de la santé tenue à Ottawa, M. Jake Epp, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a présenté un plan de promotion de la santé dans un document intitulé *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion dela santé*. Le ministre y traitait des trois défis que l'appareil des soins de santé du Canada devait relever, selon les résultats de l'Enquête nationale sur la promotion de la santé, c'est-à-dire:

1) remédier au mauvais état de santé des groupes à faible revenu, des enfants, des femmes, des personnes âgées, des autochtones et des immigrants;

2) lutter contre les modes de vie néfastes et les comportements à risque, comme le tabagisme, l'alcoolisme et la consommation d'aliments trop gras, qui contribuent au cancer du poumon, à la cirrhose du foie, aux maladies cardio-vasculaires et aux accidents de la route;

3) amener les particuliers, les familles et les communautés à imaginer des moyens de se tirer d'affaire pour résoudre les problèmes associés aux maladies chroniques qui accompagnent le vieillissement, la santé mentale et d'autres états qui interdisent une vie personnelle et sociale normale.

Selon le document, les meilleurs moyens de relever ces défis sont les initiatives personnelles, c'est-à-dire les décisions et les mesures que les

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

individus prennent dans l'intérêt de leur propre santé, l'entraide, c'est-à-dire les actes que les gens posent pour s'entraider, et un environnement sain, c'est-à-dire la création de conditions et d'un entourage favorables à la santé. Le document propose trois stratégies pour créer ces mécanismes: stimuler la participation du public, améliorer les services de santé communautaire et coordonner les politiques publiques favorisant la santé.

Nous avons fait des progrès dans la promotion de la santé: le public est mieux sensibilisé aux bienfaits de l'exercice physique et d'une bonne alimentation, les gouvernements ont lancé des campagnes de lutte contre le tabagisme, la loi a rendu obligatoire l'utilisation des ceintures de sécurité dans les automobiles et le gouvernement fédéral s'est engagé à consacrer 30 millions de dollars par année à l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées grâce à des programmes d'éducation et de développement de l'autonomie personnelle. La politique de promotion de la santé commence à peine à avoir des effets sur l'appareil des soins actifs axés sur la maladie. Les intervenants mettent au point des solutions de rechange à l'hospitalisation de longue durée des personnes âgées, des services de réadaptation après l'hospitalisation et des programmes peu coûteux de prévention et de développement de l'initiative personnelle afin d'utiliser de façon plus rationnelle le personnel et les ressources dans le domaine de la santé.

De plus en plus de professionnels et de spécialistes de la santé conviennent qu'il est beaucoup moins coûteux et plus avantageux à long terme d'insister sur la promotion de la santé et la prévention que de traiter la maladie lorsqu'elle s'est déclarée. Parmi les initiatives prises récemment en vue d'assurer la promotion de la santé, on note un programme fédéral visant à lutter contre l'abus de l'alcool et la consommation de drogues dans les écoles primaires et secondaires. Le gouvernement fédéral et celui du Manitoba ont aussi annoncé l'établissement, à Winnipeg, d'un nouveau centre de recherches chargé d'élaborer et de commercialiser des produits et des services de santé spéciaux pour aider les personnes âgées et handicapées à vivre à domicile en toute sécurité. Certains observateurs laissent entendre qu'on ne procédera à une réorientation de l'appareil des soins de santé que lorsque le public l'exigera, après s'être rendu compte qu'elle est plus valable que l'approche scientifique et technologique qui caractérise le système actuel.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Certains experts croient que les tendances du marché du travail ont beaucoup à voir avec la santé publique. Par exemple, ils craignent que la multiplication des emplois à temps partiel rémunérés au taux minimum, au détriment des emplois assurés à plein temps, n'entraîne une hausse de la pauvreté au Canada. Or, les personnes qui vivent dans la pauvreté ont tendance à mal se nourrir et à éprouver un sentiment de désespoir qui peut les amener à prendre moins soin d'elles et à adopter un style de vie susceptible de nuire à leur santé. Les tendances observées en matière d'emploi pourraient donc annuler les progrès accomplis à ce jour quant à la promotion de saines habitudes de vie.

Par ailleurs, l'état de santé des autochtones ainsi que le niveau et l'utilité des services qui leur sont offerts exigent plus d'attention qu'on leur en accorde actuellement. Une enquête fédérale sur les services a été entreprise en septembre après que quatre Cris eurent fait une grève de la faim pour protester contre les services offerts à l'hôpital de zone de Sioux Lookout en Ontario.

MESURES PARLEMENTAIRES

La *Loi constitutionnelle de 1867* contient peu de mentions directes des responsabilités des gouvernements en matière de santé parce qu'à l'époque, les pouvoirs publics s'occupaient très peu de ce domaine.

En 1957, la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* a établi un régime national d'assurance-hospitalisation.

En 1966, la *Loi sur les soins médicaux* a établi un régime national d'assurance-santé.

En 1977, la *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* a remplacé par un régime de financement global les accords de partage égal du coût de l'assurance-santé entre les gouvernements fédéral et provinciaux.

En 1984, la *Loi canadienne sur la santé* (projet de loi C-3), refonte des dispositions des deux lois précédentes sur l'assurance-santé, a

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

confirmé et accru la participation du gouvernement fédéral à un régime contributif national d'assurance-santé universelle.

La *Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces de 1977* (C-96), qui a été adoptée en 1986, freine la croissance de la subvention globale, la ramenant du taux du PNB au taux du PNB moins 2 p. 100.

La *Loi sur la compression des dépenses du gouvernement* (C-69) de 1991 gèle la subvention globale pendant deux ans (1990-1991 et 1991-1992), pour ensuite ramener la croissance de la subvention au PNB moins 3 p. 100. Le budget de 1991 prolonge le gel jusqu'en 1994-1995.

CHRONOLOGIE

1867 - Les seules dispositions relatives à la santé que comporte la *Loi constitutionnelle* font relever les hôpitaux de marine et la quarantaine du gouvernement fédéral et les hôpitaux, asiles et institutions et hospices de charité, des provinces.

1957 - Les *Propositions du Livre vert* sur la reconstruction d'après-guerre comportent des recommandations relatives à un régime national d'assurance-santé.

1957 - La *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* établit un régime national d'assurance-hospitalisation.

1964 - Dans son rapport, la Commission royale d'enquête sur les services de santé (la Commission Hall) prône la création d'un régime national d'assurance-santé.

1966 - La *Loi sur les soins médicaux* crée un régime national d'assurance-santé.

1974 - M. Marc Lalonde, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, publie *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens - un document de travail*, qui propose une nouvelle approche à la planification de la santé.

1977 - La *Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* prévoit que pour obtenir une aide financière du gouvernement fédéral, une province doit

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

prouver que son régime satisfait aux critères fédéraux en matière d'assurance-santé.

1980 - D'après *l'Examen des services de santé 1979*, la surfacturation et les frais d'utilisation des services hospitaliers mettent en péril le principe de l'accès raisonnable aux soins de santé.

1980 - Le groupe de travail de la Chambre des communes, tout en reprenant les recommandations de l'Examen des services de santé concernant l'imposition de pénalités financières aux provinces qui continuent à permettre la surfacturation et les frais modérateurs, conclut que les crédits fédéraux consacrés au système de soins de santé sont suffisants.

1981 - Publication de *La santé des Canadiens: rapport de l'Enquête Santé Canada*, qui contient de l'information non seulement sur la maladie et l'invalidité, mais aussi sur les modes de vie, l'environnement et les facteurs socio-économiques qui ont une influence sur la santé.

1984 - La *Loi canadienne sur la santé*, refonte des deux lois précédentes, confirme et accroît la participation fédérale à un régime contributif national d'assurance-santé universelle.

juin 1986 - La *Loi modifiant la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces* de 1977 freine la croissance de la subvention globale, la ramenant du taux du PNB au taux du PNB moins 2 p. 100.

novembre 1986 - Le ministre fédéral de la Santé nationale et du Bien-être social, M. Jake Epp, publie un document de travail intitulé *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Le document, présenté lors de la Conférence internationale sur la promotion de la santé, énonce une politique de promotion de la santé pour le Canada.

avril 1987 - Les principales conclusions de *l'Enquête nationale sur la promotion de la santé* e 1985 sont publiées dans le *Rapport Action Santé*. C'est la première fois que l'on recueille des données sur les connaissances et les attitudes du public à l'égard de certains modes de vie, comportements et habitudes préventives en vue de concevoir une stratégie éclairée de promotion de la santé.

septembre 1988 - Dans son *Rapport intérimaire sur le réseau de soins de santé au Canada: faits et questions à l'étude*, le Comité permanent de la santé nationale et du bien-être social de la Chambre des communes fait valoir qu'il faudra

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

s'attaquer aux questions des soins en établissement, des professionnels de la santé, de la technologie médicale, de la promotion de la santé, de l'accessibilité et du financement du système si l'on veut que le réseau puisse continuer d'offrir à la société canadienne des services de très haute qualité à un coût abordable.

juin 1990 - Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie dépose son rapport, *L'accessibilité des services hospitaliers - y a-t-il une crise?* Le rapport conclut qu'il faut prendre immédiatement des mesures en vue d'éviter une crise de l'accessibilité aux soins actifs. Il est possible, selon ce rapport, de réduire le coût des soins de santé et de continuer à fournir d'excellents services de santé.

février 1991 - La *Loi sur la compression des dépenses du gouvernement* gèle les transferts aux provinces pendant deux ans (1990-1991 et 1991-1992), pour ensuite ramener la croissance de la subvention au PNB moins 3 p. 100.

juin 1991 - Le Comité permanent de la santé et du bien-être social, des affaires sociales, du troisième âge et de la condition féminine de la Chambre des communes dépose son rapport, intitulé *Le régime de soins de santé au Canada et son financement: des choix difficiles*. Il y conclut que le régime de soins de santé est miné par divers problèmes dont bon nombre ne peuvent être résolus par un simple accroissement des dépenses. Il préconise plutôt de répartir les ressources de façon plus rentable et plus convenable au sein d'un régime qui reconnaît que la santé va bien au-delà de la prestation de soins hospitaliers et médicaux.

BIBLIOGRAPHIE SÉLECTIVE

Bégin, Monique. *L'assurance-santé: plaidoyer pour le modèle canadien.* Montréal, Boréal, 1987.

Chrichton, Anne et David Hsu, avec l'aide de Stella Tsang. *Canada's Health Care System: Its Funding and Organization.* Ottawa, Canadian Hospital Association Press, 1990.

Epp, Jake, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. *La santé pour tous: plan d'ensemble pour la promotion de la santé.* Ottawa, 1986.

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Evans, Robert G. et Greg L. Stoddart (éd.). *Producing Health, Consuming Health Care*. Hamilton, McMaster University, Centre for Health Economics and Policy Analysis, document n° 90-6, 1990.

Hall, Emmett M., Commissaire spécial, Examen des services de santé '79. *Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980: engagement au renouveau*. Ottawa, 1980.

Johnson, A.W. *Social Policy In Canada: The Past As It Conditions The Present*. Ottawa, Institut de recherches politiques, 1987.

Lalonde, Marc, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens: un document de travail*. Ottawa, 1974.

Lewis, Steven J. *Aging and Health: Linking Research and Public Policy*. Lewis Publishers, Michigan, 1989.

Manga, Pran. *The Canada-U.S. Free Trade Agreement: Possible Implications on Canada's Health Care System*. Document n° 348. Ottawa, Conseil économique du Canada, mai 1988.

Rachlis, Michael et Carol Kushner. *Second Opinion: What's Wrong with Canada's Health-Care System and How to Fix it*. Toronto, Collins Publishers, 1989.

Regush, Nicholas. *Condition Critical: Canada's Health Care System*. Toronto, Macmillan, 1987.

Santé et Bien-être Canada. *Le Rapport action santé: perspectives à partir de l'Enquête promotion santé Canada, 1985*. Ottawa, Ministre des approvisionnements et Services, 1987.

Scarpaci, Joseph L. (éd.). *Health Services Privatization in Industrial Societies*. Rutgers University Press, Nouveau-Brunswick, 1989.

Sutherland, Ralph W. et M. Jane Fulton. *Health Care in Canada: A Description and Analysis of Canadian Health Services*. Ottawa, The Health Group, 1988.

Taylor, Malcolm G. *Health Insurance and Canadian Public Policy*. 2e édition. Kingston et Montréal, McGill-Queen's University Press, 1987.

Tuohy, Carolyn J. "Medicare and the State in Canada: The Extra-Billing Issue in Perspective". *Revue canadienne de science politique*, vol. XXI, n° 2, juin 1988.

White, Franklin, M.D. "The Environment of Medicine in the 21st Century: Implications for Preventive and Community Approaches". *Canadian Medical Association Journal*, vol. 136, mars 1987.

RECYCLED / RECYCLÉ

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

Wilkins, Russell, Owen Adams et Anna Brancker, *Changes in Mortality by Income in Urban Canada from 1971 to 1986: Diminishing Absolute Differences, Persistence of Relative Inequality*. Division de la politique de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Division de la santé, Statistique Canada, Ottawa, juin 1989.